FICHE DE SANITAIRE ET D'INSCRIPTION A L'ACCUEIL DE LOISIRS

(De juillet 2020 à Août 2021)

1. RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... **GARÇON ☐ FILLE ☐**

ETABLISSEMENT SCOLAIRE : ..... **CLASSE :** .....

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parent 1 : NOM : ..... PRENOM : .....

Parent 2 : NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE :.....
.....

TELEPHONE : DOMICILE : ..... BUREAU :.....

Portable père : ..... Portable Mère : .....

N°Allocataire: ..... Quotient Familial : .....

☐ **J'autorise**
☐ **Je n'autorise pas**
Le centre social à consulter mon dossier auprès de la Caf

Adresse email : .....

NOM DU MEDECIN TRAITANT : .....

N° DE SECURITE SOCIALE (couvrant l'enfant) .....

3. VACCINATIONS

JOINDRE OBLIGATOIRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

4. RENSEIGNEMENT MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?
Oui ☐ (aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)
Non ☐

TOURNEZ S.V.P

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE OUI ☐ NON ☐	**VARICELLE** OUI ☐ NON ☐	**ANGINE** OUI ☐ NON ☐	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** OUI ☐ NON ☐	**SCARLATINE** OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	**OTITE** OUI ☐ NON ☐	**ROUGEOLE** OUI ☐ NON ☐	**OREILLONS** OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME OUI ☐ NON ☐ MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐
ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐ AUTRES OUI ☐ NON ☐

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)
.....
.....
.....

REPAS SPECIAUX : SANS PORC ☐ OUI ☐ NON **SANS POISSON** ☐ OUI ☐ NON
VEGETARIEN ☐ OUI ☐ NON **AUTRES** ☐ OUI ☐ NON

PAI ☐ Obligation de fournir la feuille de soin.
L'accueil de l'enfant ne se fera qu'après accord du directeur et sur présentation d'un protocole mis en place par le médecin ; l'allergologie ou le PAI

INDIQUEZ CI-APRES :
LES DIFFICULTES DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.
.....
.....
RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESE AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, AUTRES...PRECISEZ.
.....
.....

5. AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées. ☐ OUI ☐ NON

J'autorise mon enfant à être photographié, et la diffusion éventuelle des photos sur le site du Nelumbo, au centre ou dans le journal local. ☐ OUI ☐ NON

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs ☐ OUI ☐ NON

Je soussigné (e) ..... responsable l'égal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfants.

Fait à..... **Le**.....

Signature .....

TOURNEZ S.V.P